



“MEDIDAS SANITÁRIAS DE QUE A BAHIA PRECISA”: AS DELEGACIAS DE SAÚDE E A REFORMA SANITÁRIA EM SALVADOR (1921-1930)¹

“HEALTH MEASURES BAHIA NEEDS”: HEALTH POLICIES AND HEALTH REFORM IN SALVADOR (1921- 1930)

Chacauana Araújo dos Santos*

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ



<https://orcid.org/0000-0002-0588-9246>

cauana_84@hotmail.com

RESUMO: Este texto tem como objetivo analisar o papel das Delegacias de Saúde no processo da Reforma Sanitária que ocorreu na Bahia na década de 1920. A ideia é discutir questões ligadas às políticas sanitárias que foram implementadas após a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário, ambos em 1925. O texto apresenta o contexto da cidade de Salvador e aponta alguns problemas sanitários e urbanos décadas antes da Reforma Sanitária de 1920, assim como questões políticas que contribuíram para os acontecimentos. As fontes utilizadas nesta pesquisa foram: relatórios das Delegacias de Saúde; relatórios do Subsecretário de Saúde da época; leis e decretos sanitários; Mensagens dos Governadores e matérias de jornais. Buscou-se criar uma rede de atendimento, vinculada à Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública que tinha como base o Código Sanitário. Alguns órgãos tiveram participação ativa durante esse processo, um exemplo importante são as Delegacias de Saúde e, assim, contribuindo para a articulação do estado com as políticas sanitárias nacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Sanitária, Delegacias de Saúde, Políticas Sanitárias.

ABSTRACT: This paper aims to analyze the role of Health Departments in the process of Health Reform that occurred in Bahia in the 1920s. It discusses issues related to health policies implemented after the creation of the Health and Public Assistance Subsecretariat and the Sanitary

¹ Este artigo apresenta resultados de pesquisa da dissertação “Medidas sanitárias de que a Bahia precisa”: as Delegacias de Saúde, o Hospital de Isolamento e a Reforma Sanitária em Salvador (1921-1930), defendida no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado da Bahia, Campus II, Alagoinhas, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. Ver: Santos (2018).

* Professora da Rede Estadual de Educação da Bahia. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS/COC/Fiocruz).

Code, both in 1925. The text presents the context of the city of Salvador and points out some sanitary and urban problems decades before the Sanitary Reform of 1920, as well as political issues that contributed to the events. The sources used in this research were: reports from the Health Departments; reports from the Health Subsecretariat of that period; sanitary laws and decrees; Governor's Messages and newspaper articles. A network of services was created, linked to the Health and Public Assistance Subsecretariat, based on the Sanitary Code. Some organs had active participation during this process, an important example is the Health Departments and therefore contributing to the articulation of the state with the national health policies.

KEYWORDS: Sanitary Reform, Health Departments, Health Policies.

No início do século XX, desenvolveu-se no Brasil um movimento sanitarista que divulgou as condições de vida das pessoas que moravam longe dos grandes centros urbanos. Uma série de viagens, realizadas pelos pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, mostrou um país desconhecido e doente. Um dos objetivos desse movimento era diminuir a distância que existia entre o Brasil urbano e o Brasil rural e mostrar para as elites que o rural não estava tão distante como se imaginava, mesmo porque, as doenças estavam presentes nas cidades assolando principalmente a população pobre (HOCHMAN, 1998).

A partir das discussões e lutas desse movimento, foi criado em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Este órgão tinha objetivo intervencionista estatal de cunho nacional, respeitada a perspectiva federalista da Constituição republicana de 1891. O Governo Federal poderia colaborar com os estados no que diz respeito às questões sanitárias e de saúde, através de acordos por eles solicitados.

Os políticos baianos aderiram ao projeto nacional de reforma sanitária, em 1921, ocasião em que o governador José Joaquim Seabra assinou um acordo com a União para a realização de serviços de Profilaxia Rural de combate à sífilis e às doenças venéreas, de luta contra a tuberculose e de higiene infantil (BATISTA, 2017, p. 30, 71). Em 1924, na gestão de Francisco Marques de Góes Calmon, o compromisso foi renovado por mais cinco anos. O Governo do Estado da Bahia criou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, através da lei 1.811 de 29 de julho de 1925 (BAHIA, 1925b). Alguns meses depois, foi promulgado o Código Sanitário da Bahia, seguindo orientações do DNSP a partir do Decreto 4.144 de 20 de novembro de 1925, que indicava como deveria funcionar a nova organização sanitária da Bahia (BAHIA, 1925a).

Junto à Subsecretaria, novas atribuições surgiram referentes à área de saúde na Bahia dentre eles as Delegacias de Saúde. As Delegacias de Saúde foram criadas em 1925. Elas estavam localizadas em diversos pontos da cidade e cada uma deveria atender a

três Distritos, somando quinze no total. Este texto tem como objetivo analisar a atuação dessas instituições na cidade de Salvador ao longo da Reforma Sanitária da Bahia (1921-1930).

As reflexões que desenvolvemos neste trabalho inserem-se no campo de estudos conhecidos como história da saúde e das doenças, que vem se expandido desde as últimas décadas do século XX. Nos anos de 1970, os historiadores Jacques Revel e Jean-Pierre Peter incluíram a enfermidade na coletânea destinada aos “novos objetos”, “novas abordagens” e “novos problemas” da história, apontando como o seu estudo poderia fornecer inúmeros esclarecimentos sobre articulações e mudanças nas sociedades (REVEL; PETER, 1976, p. 141-159). Ou seja, os estudos relacionados à saúde e às doenças possibilitam conhecer não somente problemas ligados às enfermidades, mas nos permitem analisar as questões sociais de um período.

PRELÚDIOS DA REFORMA SANITÁRIA

Salvador é uma cidade de topografia acidentada com o seu espaço dividido em Cidade Alta e Cidade Baixa. Sua beleza natural foi ressaltada pelos viajantes que chegaram de regiões distantes desde o período colonial. A primeira impressão, contudo, logo poderia ser substituída pela identificação de suas mazelas. Era possível encontrar muitas áreas abandonadas. O lixo e os excrementos eram deixados na rua em toda a cidade. As precárias condições sanitárias de Salvador indicavam que ela era uma cidade assolada por doenças endêmicas e epidêmicas. Essa situação atravessou o século XIX e manteve-se nas primeiras décadas republicanas.

O acesso aos dois níveis da cidade se fazia por meio de ladeiras, pelos elevadores Lacerda e do Taboão, e pelos planos inclinados Gonçalves e do Pilar, construídos no final do século XIX. O tráfego urbano, além de contar com os elevadores e com os planos inclinados, era feito por bondes, caminhões e carroças de tração animal. Poucas pessoas podiam fazer uso de automóveis que passaram a circular na cidade no início do século XX. Mas os bondes eram o principal meio de transporte.²

Com uma população de 283.492 habitantes, em 1920, Salvador cresceu em dados populacionais cerca de 2% ao ano (SANTOS, 1985, p. 19). Se compararmos a cidade com outras capitais, percebemos que a população soteropolitana não aumentou muito, pois o seu crescimento foi principalmente vegetativo, enquanto outras cidades contaram com o

² O Elevador Lacerda foi inaugurado em dezembro de 1873 e o Plano Inclinado Gonçalves em 1889. O Elevador do Taboão e o Plano Inclinado do Pilar datam de 1897. Ver, a esse respeito, Carvalho (1940).

fenômeno da imigração. Apesar desse crescimento lento, a estruturação do espaço urbano foi desordenada. O quadro abaixo mostra a população de Salvador, do Distrito Federal e de São Paulo nos anos de 1890, 1900 e 1920 (IBGE, 1920).

Quadro 1. Número de habitantes nos anos de 1890, 1900 e 1920.

Capitais	Número de Habitantes		
	1890	1900	1920
Salvador	174.412	205.813	283.492
Distrito Federal	532.651	811.443	1.157.873
São Paulo	64.934	239.813	579.013

Fonte: IBGE (1920).

A cidade encontrava-se dividida em doze distritos urbanos, centrais e periféricos.³ Os centrais eram Conceição, Pilar, Sé, Paço, São Pedro, Santana e Nazaré. Os periféricos: Mares, Penha, Vitória, Brotas e Santo Antônio (Ver Figura 1).

Figura 1. Divisão do Territorial da Zona Urbana de Salvador, Bahia em 1920.



Fonte: Santos (2018).

De acordo com Mário Augusto da Silva Santos (1990, p. 21-24), desde o final do século XIX a estrutura urbana de Salvador foi se modificando em função do crescimento das atividades do comércio especialmente nos distritos da Sé, Conceição, Pilar e Passo.

³ Havia também a área suburbana, composta pelos distritos de Pirajá, Paripe, Aratu, Cotegipe, Matoim, Passé, Maré e Itapoan (SAMPAIO, 1998).

Durante as primeiras décadas do século XX, o distrito da Sé, localizado na parte alta da cidade, mantinha-se como centro político e administrativo, mas se tornava cada vez mais área de negócios em que se localizavam casas comerciais a varejo e de tecidos. Lá também estavam muitos escritórios de advogados e consultórios médicos. Na Cidade Baixa, principalmente nos distritos de Conceição e do Pilar estava localizada a principal zona de comércio, com lojas, armazéns, depósitos, trapiches. Nessa parte da cidade, ficavam as instalações portuárias (SANTOS, 1990, p. 23).

Quanto à moradia, era principalmente nos distritos de Vitória, Santo Antônio, Brotas, Nazaré, Santana e São Pedro que a população de Salvador residia sem perder de vista as desigualdades sociais. Os distritos de São Pedro, Nazaré e Santana, por sua vez, receberam o fluxo das atividades de comércio, mas mantiveram sua característica residencial. Já o centro da cidade passou a ser, cada vez mais, uma área em que as habitações se degradavam, levando a elite economicamente privilegiada a construir seus casarões em outros locais, como na Vitória, na Graça e na Barra.

Parte da população pobre cada vez mais se deslocou para a região suburbana e outra parcela continuou morando no centro, pois os aluguéis eram mais baratos e próximos dos locais de trabalho. No entanto, essas moradias sequer tinham janelas e havia ainda aquelas que eram sublocadas, abrigando um número grande de moradores (SANTOS, 1990, p. 25-27).

Christiane Maria Cruz de Souza, ao analisar a epidemia de gripe espanhola que atingiu a cidade de Salvador, em 1918, relacionou a precariedade das casas à propagação de doenças. Segundo a autora:

Em um período de crise na habitação e grande especulação imobiliária, as pessoas de poucos recursos se submetiam a morar, precariamente, em velhos sobrados encortiçados, sobrelojas, “avenidas” e casas de cômodo, imóveis de baixo aluguel que proliferavam nos bairros operários e nos distritos do antigo centro de Salvador. Esse tipo de moradia, que favorecia o convívio próximo de vários indivíduos em espaços exíguos e mal arejados, contribuiu para a rápida propagação da gripe, que facilmente se espalhou pelos quarteirões dos bairros pobres da cidade. (SOUZA, 2009, p. 200).

Em estudo acerca da greve geral de 1919, em Salvador, Aldrin Armstrong Silva Castellucci (2004, p. 114) chamou atenção para o problema habitacional. Para ele, os trabalhadores, além de estarem sujeitos à carestia dos alimentos, aos baixos salários e ao aumento da jornada de trabalho, também viviam em casas de péssima qualidade. Em

função do preço dos alugueis, a classe operária viu-se obrigada a se retirar cada vez mais para bairros distantes.

Quanto ao serviço de esgotos, a única rede existente foi construída em 1906, compondo um conjunto de 27 km. Poucas casas eram servidas por essa rede. No que se refere ao abastecimento de água, a primeira providência adotada em relação à prestação desse serviço ocorreu em 1852, quando foi constituída a Companhia do Queimado. Até então o abastecimento se fazia por meio de fontes públicas, construídas desde o período colonial. Essa companhia era destinada a promover a captação e distribuição de chafarizes. Em função da dificuldade que teve a companhia em arcar com a manutenção do serviço, a Intendência Municipal passou a executar as obras sob a direção do engenheiro Teodoro Sampaio. Em 1925, este serviço passou ao governo do estado e quatro anos depois foi criada a Comissão de Saneamento da Bahia (QUATRO séculos..., 1949, p. 209).

Consuelo Novais Sampaio (1992, p. 32) ressaltou as limitações desse serviço pois na década de 1930, em todo o estado da Bahia apenas 39 cidades tinham abastecimento de água e 18 distribuição domiciliar. A água potável que era consumida pela maior parte da população era vendida de porta em porta. Portanto, eram muitos os problemas sanitários e de saúde que atingiam a população de Salvador nas primeiras décadas do século XX, que não foram alterados com a mudança de governo de Monarquia para República. A perspectiva liberal e federalista da Constituição de 1891, a característica predominantemente agrário-exportadora da economia baiana e a situação de entreposto comercial da cidade do Salvador, embora houvesse também uma indústria consolidada em alguns setores da economia, levavam o Estado a agir principalmente nos momentos das epidemias.⁴ Ainda para Sampaio (1998, p. 29-32), a autonomia dos estados perante o Governo Federal, trazida pela República, não foi aceita facilmente pelos políticos baianos. Além disso, os grupos políticos resistiram à implantação do novo regime, pois os ideais de igualdade não agradaram aos mais abastados. O Partido Republicano inclusive não sobreviveu à Proclamação.

Na Bahia, os governos republicanos foram tentando organizar os serviços sanitários e de saúde, como pode ser observado na legislação sanitária e nas Mensagens dos governadores do período. Cabe refletir que a existência de leis e de pronunciamentos dos gestores não implicava na realização de ações. As mensagens eram discursos de prestação

⁴ Aldrin Armstrong Silva Castellucci considera um erro imaginar que não existia em Salvador uma indústria consolidada em determinados setores da economia, apesar da característica comercial inequívoca, tantas vezes lembrada pela historiografia. Cf. Castellucci (2004, p. 45).

de contas e de autopromoção ainda que pudessem indicar os temas discutidos e as prioridades das ações.

Em 23 de agosto de 1897, durante o governo de Luiz Viana (1896-1900), foi promulgada a lei 213, voltada para as questões sanitárias do estado da Bahia (APEB, 1897). Essa lei tratou da obrigatoriedade da notificação compulsória das doenças transmissíveis. O médico deveria notificar essas moléstias à Inspetoria de Higiene. A ela caberia executar em todo o estado as leis, regulamentos e instruções sanitárias aprovadas pelo governo. Depois de feita a notificação deveria haver a desinfecção do ambiente e o isolamento do doente no próprio domicílio, quando possível, ou em instituição apropriada.

Segundo essa lei, a prestação dos serviços sanitários e de saúde no estado da Bahia era atribuição do poder municipal e estadual. A fiscalização dos portos ficava a cargo da União. O município responsabilizava-se pelos serviços de abastecimento de água, canalização de esgotos, coleta do lixo, fiscalização dos cemitérios, fiscalização de alimentos e organização e direção dos serviços de vacinação e revacinação. Ao governo estadual cabia evitar a propagação de doenças epidêmicas, a organização da estatística demógrafa-sanitária, a fiscalização da medicina e da farmácia e a inspeção dos serviços sanitários a cargo do município.⁵ Foram criados na capital os Inspectores Sanitários e os Delegados de Higiene, no interior. Esta lei previu que o Estado reunisse em um Código Sanitário todas as disposições elaboradas pelo Conselho Geral Sanitário. O Código Sanitário da Bahia, como vimos acima, só se tornou realidade em 1925.

A Bahia vivia sob ameaça de epidemias como as de febre amarela, a peste bubônica e a varíola.⁶ O governador Luiz Viana, fez referência à necessidade de investimento no controle da varíola. Segundo informou, o trabalho de vacinação e revacinação realizado contribuiu para que ela fosse debelada na capital, mas o mesmo não aconteceu em algumas cidades do interior, pois nelas essa doença fez vítimas (BAHIA, 1898, p. 8-14).

Em 1900, esse mesmo governador registrou o temor de que a epidemia de peste bubônica chegasse a Salvador. Segundo informou, felizmente nenhum caso tinha sido registrado (BAHIA, 1900, p. 9). A peste bubônica chegou à cidade em 1904.

Os jornais da chamada grande imprensa que circulavam em Salvador no período noticiavam matérias acerca das precárias condições sanitárias da cidade e do estado. As

⁵ Ver artigo 4º da Lei 231, de 23 de agosto de 1897.

⁶ Jorge Almeida Uzeda, em estudo acerca da política de saúde implementada pelo estado baiano durante a Primeira República, considera que em Salvador havia um “rodízio da morte” por doenças como a peste bubônica, a varíola, a febre amarela, a febre tifoide e a tuberculose. Ver Uzeda (1992).

doenças epidêmicas como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica eram abordadas com frequência, embora também houvesse matérias sobre a tuberculose, moléstia de alta incidência e mortalidade na cidade (SILVA, 2009, p. 25-26). O conteúdo das publicações variava conforme a visão política dos periódicos.

As matérias que trataram da peste bubônica, por exemplo, associaram a sua ocorrência às questões sanitárias da cidade, de um modo geral, e às habitações especificamente. A definição da etiologia da doença pelos pesquisadores Alexandre Yersin e Shebasabuso Kitasaco, em 1894, possibilitou a compreensão de que a peste não era uma moléstia humana, mas uma doença transmitida por pulgas. Estas picavam os ratos contaminados nos quais elas ficavam alojadas e ao picarem os humanos os infectavam. Cleide de Lima Chaves e Tatiane Pereira Amorim (2018), ao estudarem a epidemia de Peste Bubônica em Vitória da Conquista, entre 1927 e 1928, consideram que a cidade repetiu o receituário profilático de outras localidades que foi o extermínio de ratos, bem como a desinfecção das casas e de objetos.

Em 1906, o *Diário da Bahia* relatou a discussão sobre a peste bubônica realizada na sessão do Conselho Sanitário Estadual dirigido pelo médico Pacifico Pereira. De acordo com os presentes, havia avanços em relação ao ano de 1904 quando ocorreu um surto epidêmico na cidade. Segundo o diretor, entre 7 de julho e 7 de dezembro de 1904, período em que ocorreram as notificações, foram registrados 207 casos. Desses, 141 foram a óbito. Na epidemia de 1906, entre 21 de novembro do ano anterior, quando ocorreu a primeira notificação, até 25 de março, houve 73 casos, com 45 óbitos (DIÁRIO DA BAHIA, 28 mar. 1906, p. 1). Os números mostraram uma diminuição na incidência de peste bubônica na capital.

Ao analisamos os mesmos números, proporcionalmente, percebemos que a quantidade de óbitos e curas são quase os mesmos. Em 1904, quando 207 pessoas foram infectadas, 68% foram a óbito e 32% se curaram. Em 1906, das 73 pessoas que contraíram a doença, 61% morreram e 38% conseguiram se curar. Ou seja, o número de pessoas infectadas diminuiu, mas a porcentagem de mortos e curados foi semelhante nesses dois momentos.

Na mesma matéria, o *Diário da Bahia* mostrou a quantidade de casos em cada distrito. Os números foram organizados no quadro a seguir:

Quadro 2. Número de infectados pela Peste Bubônica por Distrito no ano de 1904.

Distritos Centrais		Distritos Periféricos	
Distritos	Quantidade	Distritos	Quantidade
Conceição	40	Brotas	09
Nazaré	18	Mares	08
Paço	20	Penha	09
Pilar	24	Santo Antônio	18
Santana	14	Vitória	07
São Pedro	17		
Sé	23		

Fonte: *Diário da Bahia*, 28 mar. 1906, p. 1.

Os dados apresentados sobre a peste bubônica mostram que a maioria das notificações ocorreu nos distritos centrais, principalmente por causa das moradias insalubres, concentradas naquela região.

Durante o governo de José Marcelino (1904-1908), houve uma reorganização dos serviços sanitários, com a promulgação da lei 628, de 14 de setembro de 1905 (BAHIA 1905). Foram estabelecidas as doenças que deveriam ser compulsoriamente notificadas: a peste, a varíola, o tifo, o cólera, a febre amarela, a escarlatina a difteria, a disenteria e a tuberculose. Essa lei manteve características semelhantes à de número 213, de 1897, mas criou a Diretoria dos Serviços Sanitários órgão responsável por gerir vários serviços, como: o instituto bacteriológico antirrábico e vacinogênico, o serviço geral de desinfecção, a seção de estatística demógrafo-sanitária e o hospital de Isolamento. A “polícia sanitária” também foi criada e uma de suas incumbências era a prevenção de epidemias.

George Rosen (1979, p. 171-172), ao tratar do conceito de “política sanitária” numa perspectiva histórica, considera sua origem no século XVIII, na Alemanha, quando foi direcionado principalmente às leis que deveriam ser aprovadas. Posteriormente, esse conceito foi usado em outros países europeus, em áreas nas quais a ação governamental era voltada mais especificamente ao controle de doenças transmissíveis e ao saneamento do meio ambiente. Guardadas as devidas peculiaridades geográficas e temporais, é possível dizer que a ideia de “política sanitária” presente na legislação sanitária estadual tinha essas características.

No governo de João Ferreira de Araújo Pinho (1908-1911) houve uma nova reorganização do serviço sanitário com a Lei 840 de 24 de agosto de 1910 (BAHIA, 1910). Um ano antes, em mensagem à Assembleia Legislativa, Araújo Pinho levantou a possibilidade de criar um imposto para arrecadar fundos para a saúde. Para ele, os serviços especiais, como eram os de assistência pública, deveriam ter sua receita própria assim como

os “povos cultos”, cuja receita era formada pelo provento de uma “taxa especial”. Nas suas palavras

esta taxa afeta a classe dos favorecidos, e recai ora sobre a propriedade, ora sobre a renda individual superior a um dado limite, aqui sob uma feição, ali sob modalidade diversa, mas sempre como uma porção que o poder público pede às sobras da riqueza para compensar a inevitável e a eterna desigualdade das condições e dos indivíduos na sociedade humana. (BAHIA, 1909, p. 31).

Seu discurso, embora defendesse que o imposto deveria ficar a cargo dos economicamente favorecidos, apresentava a desigualdade dos indivíduos como algo inevitável e eterno. Os anseios de civilidade esbarravam na parcela da população que não tinha condições de viver dentro dos padrões desejados. Havia a tentativa de copiar os países considerados desenvolvidos para o estado conseguir fundos suficientes para dar assistência aqueles que não tinham condições.

Foi no primeiro governo de José Joaquim Seabra (1912-1916) que Salvador passou por modificações urbanas, orientadas principalmente por médicos, higienistas e sanitaristas, cuja tônica consistia em trazer para o estado o progresso e a civilização. Houve o alargamento de ruas da Cidade Baixa, a abertura da Avenida Sete de Setembro como via principal da Cidade Alta e a reconstrução da Avenida Oceânica. Apesar das mudanças referidas, Salvador longe estava de ser considerada urbanizada e higiênica.

Rinaldo Cesar Nascimento Leite (1996, p. 55; 66) considera que J. J. Seabra se articulou com os governos municipais e federal para colocar em prática seu projeto de modernização da capital baiana segundo os moldes de urbanização europeia. Ele acredita que algumas áreas, especialmente as habitadas pela elite, foram beneficiadas. Isso agravou ainda mais os problemas relacionados à habitação, uma vez que a maioria dos investimentos não chegou, principalmente, onde residia a população pobre que era maioria. As benfeitorias alcançaram aqueles que tinham maior poder aquisitivo. Por outro lado, a falta de esgotamento sanitário, a má pavimentação das ruas e a ausência de medidas consideradas de higiene contribuíam para que os problemas ligados à saúde estivessem presentes no cotidiano dos soteropolitanos (LEITE, 1996, p. 28). O “conjunto de elementos que caracterizaram a cidade, sobrava a impressão de que a civilização almejada não passou de numa obra inacabada e imperfeita” (LEITE, 1996, p. 85).

Nesse período, foi instituído, em Salvador, o Juízo dos Feitos de Saúde Pública. Esse órgão, composto por um juiz, um procurador, um escrivão e dois oficiais de justiça sanitária, tinha como objetivo fazer com que as ações relacionadas às questões sanitárias e

de saúde fossem tratadas numa perspectiva jurídica. Era de sua competência “conhecer todas as ações e processos civis e criminais em matéria de higiene e salubridade pública concernente à execução das leis e regulamentos sanitários.” Assim, cabiam-lhe ações de despejo, demolição, interdição, desocupação, como também o julgamento do que considerava crime e contravenção, e a cobrança de multas e taxas sanitárias (APEB, 1912).

Para aumentar o respaldo legal do processo de reforma urbana, foi promulgada a lei 921, de 19 de novembro de 1912. Segundo Christiane Souza (2009, p. 59), foi criada a “Engenharia sanitária”, ligada ao setor de Higiene, responsável pelas construções, reformas e fiscalizações de tudo que estivesse vinculado ao atendimento sanitário.

Em mensagem do seu primeiro ano de Governo, Seabra afirmou que buscava garantir a defesa sanitária do estado (BAHIA, 1912). No ano seguinte, o chefe do executivo baiano fez um levantamento de suas realizações em prol da Saúde Pública. Para ele, até então os resultados eram positivos, principalmente quando comparados com a gestão anterior.

Dentre as comparações feitas pelo então governador, na mensagem de 1913, há a preocupação em mostrar que a mortalidade em Salvador estava caindo. Os quadros abaixo reproduzem essa informação. O quadro 3 mostra os números gerais de mortes e o quadro 4 apresenta os números de mortos por moléstias transmissíveis.

Quadro 3. Número de mortos na Bahia entre 1908 a 1912.

Ano	Número de Mortos
1908	5.754
1909	5.830
1910	6.151
1911	5.259
1912	5.202

Fonte: Mensagem de J. J. Seabra 1913.

Houve uma diminuição de 57 mortes de 1911 para 1912, no primeiro ano do Governo de Seabra. Quando analisadas os casos de falecimento por doenças transmissíveis (quadro 4), o déficit foi de 228 mortes nesses mesmos anos.

Quadro 4. Número de mortos na Bahia por moléstias transmissíveis entre 1908 a 1912.

Ano	Número de Mortos por moléstias transmissíveis
1908	2.112
1909	2.176
1910	2.419
1911	1.543
1912	1.315

Fonte: Mensagem de J. J. Seabra 1913.

No entanto, a diminuição tanto da mortalidade geral quanto da causada por doenças transmissíveis já estava ocorrendo antes de Seabra assumir o governo em 1912. Vale lembrar que Seabra e João Ferreira de Araújo Pinho, seu antecessor, eram rivais políticos, logo, ele tinha interesse em atacá-lo.

Seabra, em mensagem apresentada ao seu sucessor e aliado político, Antônio Ferrão Moniz de Aragão, em 1916, descreveu as mudanças ocorridas no seu mandato. Para ele, foram “os serviços de saúde pública” objeto de seu “maior cuidado” pois ninguém tinha dado tanta atenção ao assunto quanto ele. Ressaltou, porém, que ainda havia muito a ser feito (BAHIA, 1916). Em 1917, durante o governo de Muniz de Aragão (1916-1920), foi promulgada a lei n. 1.231, de 31 de agosto, que mais uma vez rearrumou os serviços de saúde. Esse governador, em mensagem apresentada à Assembleia Legislativa nesse mesmo ano, depois de fazer um histórico do que tinha realizado no setor de saúde pública durante os governos anteriores, enfatizou que, no período imperial, o poder público olhava sempre com descaso para o serviço de higiene, daí os governos republicanos terem encontrado a Bahia totalmente desaparelhada.

Até os últimos anos da década de 1910, as ações sanitárias foram direcionadas às doenças transmissíveis principalmente as que se manifestavam de forma epidêmica, ainda que as “autoridades competentes” defendessem uma organização de serviços permanente. Instituições foram criadas e serviços foram modificados. Se, em 1897, o órgão máximo era a Inspetoria Sanitária, em 1905, surgiu a Diretoria dos Serviços Sanitários que, em 1910, foi transformada em Diretoria Geral de Serviços Sanitários. Em 1912, o serviço sanitário e de saúde do estado da Bahia ficou sob a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública (SILVA, 2009, p. 38).

Observa-se nesse período que o governo estadual vai ampliando as suas atribuições em relação às ações sanitárias e de saúde. Os governantes tentavam intervir nos problemas sanitários da capital, empreendendo ações e promulgando leis que as legitimassem, cujo conteúdo estava ligado à organização sanitária e à fiscalização.

Cabe ressaltar que a política baiana na Primeira República, além de ser caracterizada pela estrutura oligárquica e coronelística, não era representada por partidos políticos fundamentados em programas. Para Consuelo Sampaio (1998, p. 47), eles eram “conhecidos e identificados muito mais através dos nomes dos seus chefes que do rótulo que ostentavam”.

Luiz Antônio de Castro Santos considera que a Bahia não conseguiu ter avanço com a reforma sanitária nas duas primeiras décadas do século XX, apesar de terem sido criados alguns órgãos como o Conselho de Higiene. Para ele, um dos motivos foi a elite conservadora e um ambiente político e intelectual indiferente às ações de saúde pública. Só na década de 1920 houve progresso do movimento reformista graças à intervenção do Governo Federal e à ação sanitária da Fundação Rockefeller (SANTOS, 2004, p. 266).

A REFORMA SANITÁRIA

Quando a Reforma Sanitária foi iniciada na Bahia a partir do acordo feito com o Governo Federal, em 1921, pelo então governador José Joaquim Seabra, conforme vimos anteriormente, já existiam leis e instituições que de alguma maneira tentavam organizar a saúde no estado. Com criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, em 1925, as instituições existentes ficaram a ela subordinadas. Outras foram criadas para atender às demandas dessa nova organização.

A Subsecretaria, subordinada direta e exclusivamente ao governador Francisco Marques de Góes Calmon, passou a gerir todos os serviços de higiene e saúde pública executados no estado da Bahia. Esse aspecto deve ser observado à luz das disputas políticas estaduais. Batista (2017, p. 79) chama atenção que o acordo para o saneamento da Bahia deu-se através de dois governos opositores sendo iniciado com o convênio durante a gestão de Seabra (1920-1924), e consolidado em 1925, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário da Bahia, durante o governo de Góes Calmon (1924-1928). A submissão da Subsecretaria diretamente ao governador implicava no aumento de poder do representante do executivo baiano, causando desconforto no grupo seabrista.

Cabia à Subsecretaria: o estudo de todas as questões que interessassem à saúde coletiva; a adoção de todas as medidas técnicas que visassem evitar diminuir e suprir as causas de doenças e morte; o melhoramento das condições de saúde e bem estar da população (BAHIA, 1925b). O seu artigo 5º previa que enquanto vigorasse o contrato firmado entre o Governo Federal e o Estado, os serviços de Saneamento Rural, Profilaxia

da Sífilis e Doenças venéreas, Higiene Infantil e Tuberculose seriam executados com a colaboração financeira da União. Cessando o apoio federal esses serviços passariam a ser efetivados exclusivamente pelo Estado que aproveitaria ou não os funcionários dele encarregados.

Três meses depois de criada a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, foi instituído o Código Sanitário da Bahia. Este foi apresentado pelo então governador Francisco Marques de Góes Calmon como um “instrumento legal” sustentado nos “modernos preceitos da saúde pública” (APEB, 1927).

A direção da Subsecretaria ficou a cargo do médico sanitaria Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto.⁷ Este médico, no relatório acerca do primeiro ano de funcionamento do órgão, registrou que durante muito tempo as leis sanitárias não estavam sendo cumpridas corretamente, daí ter sido fundamental fazer algumas alterações para que a nova legislação fosse seguida. Barros Barreto aproveitou para divulgar que a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública em um curto espaço de tempo havia mandado médicos para a América do Norte, Europa e para região Sul do Brasil a fim de aprender sobre novas técnicas de saúde e assim melhorar o atendimento sanitário da capital baiana. Além disso, foi feita uma parceria com a Fundação Rockefeller (BARRETO, 1927).⁸

Seu discurso visava desqualificar a gestão de Seabra e valorizar as medidas tomadas a partir do governo de Góes Calmon. Barros Barreto também comparou a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. A ideia era mostrar as mudanças e sobretudo os avanços que segundo ele aconteciam.

A DGSP era composta por: uma secretaria, um serviço de estatística, dezoito inspetorias, um serviço de desinfecção, o Instituto Oswaldo Cruz, o serviço de assistência pública, o Cemitério da Quinta dos Lázarus, o Hospital de Isolamento, o Hospital dos Lázarus, o Hospício dos Alienados, pela Justiça Sanitária e pelo Conselho Sanitário. Portanto, essa era a estrutura que existia até 1925.

⁷ Antônio Luis C. A. de Barros Barreto nasceu no "Engenho do Meio da Várzea", próximo à Cidade do Recife, em 11 de maio de 1892. Em 1910, matriculou-se no curso médico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, graduando-se em 1916. Depois de formado, Barros Barreto fez cursos nos Estados Unidos, França e Alemanha. Além disso, frequentou vários serviços de Saúde Pública na Bélgica, Suíça e Itália. Quando retornou ao Brasil, em 1923, chefiou a Seção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro. Em 1924, foi Chefe do Serviço de Saneamento Rural no Paraná. Em seguida, foi nomeado a cargo similar na Bahia, onde liderou as mudanças sanitárias ocorridas no estado, estando à frente da Subsecretaria de Saúde Assistência Pública, criada em 1925. Ver: Jacobina (2013, p. 37-44, Batista (2019a, 2019b), Batista (2020) e Batista e Silva (2020).

⁸ Para a discussão acerca da atuação da Fundação Rockefeller na Bahia ver: Pontes (2007).

Com a criação da Subsecretaria foram instituídas seis Diretorias e cada uma tinha vários órgãos e serviços a elas ligados. A estrutura cresceu e se diversificou, havendo um aumento do número de Diretorias e uma maior especificação dos serviços. Para isso foi necessário criar novos órgãos.

As Delegacias de Saúde surgiram nesse momento e foram incorporadas à Diretoria de Epidemiologia e Profilaxia Geral, setor que cuidava principalmente da prevenção e da fiscalização das doenças. Nessa mesma Diretoria, estavam alocados o Hospital de Isolamento de Mont'Serrat, o Serviço de Enfermeiras Sanitárias, o Serviço médico da hospedaria de imigrantes, o Instituto Osvaldo Cruz, a Profilaxia da Sífilis lepra e doenças venéreas, a Profilaxia da Tuberculose, os Postos Municipais de Higiene e Saneamento Rural, o Serviço de higiene industrial e o Serviço de luta contra animais transmissíveis.

Os serviços de enfermeiras sanitárias foram instituídos no processo de reforma. As profissionais a eles ligadas tiveram um papel importante de visitar e acompanhar os doentes nos seus domicílios. No ano de 1928, elas visitaram 2.166 (duas mil, cento e sessenta e seis) enfermos e, em 1929, foram visitados 2.693 (dois mil seiscentos e noventa e três) doentes (BARRETO, 1928, 1929). No entanto, a ênfase na relevância das enfermeiras sanitárias ou visitadoras era anterior à gestão de Barros Barreto no governo de Góes Calmon. Em 1922, o Departamento Nacional de Saúde Pública, através do Serviço de Profilaxia Rural dirigido pelo médico Sebastião Barroso, firmou acordo com a Liga Bahiana Contra a Tuberculose para colocar em funcionamento o Dispensário voltado especificamente para essa doença. A assistência que norteou a nova instituição seguiu o que vinha sendo desenvolvido nos dispensários da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, do Rio de Janeiro, sob a direção do médico Plácido Barbosa, baseado no trabalho das enfermeiras visitadoras. Era, dessa forma um procedimento considerado novo, consistindo na parte mais importante do serviço (SILVA, 2018).

A Diretoria de Higiene infantil e escolar foi criada a partir da Subsecretaria, cabendo a ela pensar as estratégias de cuidado e de atenção voltadas para esse público. De acordo com Lidiane Monteiro Ribeiro, na Bahia as ações direcionadas à infância aconteceram em conjunto. As de cunho filantrópicos que já existiam se aliaram à Diretoria de Higiene Infantil, cujo principal propósito era combater a mortalidade infantil. Para atingir esse objetivo, foram criados consultórios para gestantes e creches com a intenção de orientar as mães e ajudar a cuidar das crianças. O médico Martagão Gesteira foi o responsável por coordenar essas ações no estado. Segundo Ribeiro:

Como Martagão Gesteira havia anunciado na entrevista concedida ao jornal *A Tarde* em 5 de junho de 1923, e confirmado por meio do estatuto da instituição benemerente, as obras consistiram em um consultório de lactentes e uma creche. A importância de cada uma delas estava diretamente relacionada à proposta de combate à mortalidade infantil defendida pela entidade. (RIBEIRO, 2011, p. 61-62).

As Delegacias de Saúde tiveram papel importante no processo de constituição das ações relacionadas à reforma sanitária em âmbito estadual. A atuação dessa instituição será discutida especificamente na próxima seção.

AS DELEGACIAS DE SAÚDE DE SALVADOR

As Delegacias de Saúde em Salvador foram criadas com a Lei 1.811 de 27 de julho de 1925, que organizou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. Elas foram instaladas em diversos pontos da cidade e tiveram as seguintes funções: cadastro e recenseamento dos prédios e da população dos distritos sanitários; estudo das causas de insalubridade e das anomalias nosológicas existentes nas zonas de sua jurisdição; estudo epidemiológico dos casos de doenças transmissíveis; combate às moléstias de notificação compulsória compreendendo principalmente o isolamento domiciliário, desinfecção concorrente, imunização específica, vigilância sanitária e luta contra animais transmissíveis; polícia sanitária e higiene das habitações; fiscalização da profissão médica e suas congêneres, em perfeito entendimento com respectivo serviço; fiscalização das farmácias, drogarias, laboratórios farmacêuticos e bioterapêuticos, pertencentes a particulares, instituições oficiais, ou privadas e serviço de verificação de óbitos (BAHIA, 1925b).

O surgimento desse órgão atendia não apenas a uma deliberação estadual, mas seguia também o modelo Federal de reforma sanitária, pois junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, foram instituídas 10 (dez) Delegacias de Saúde cujo objetivo estava voltado para a profilaxia (BRASIL, 1920b).

A 1ª Delegacia de Saúde funcionou no prédio do Instituto Oswaldo Cruz (IOC-BA), no bairro do Canela. A próxima imagem (Figura 2), que está no Relatório de Barros Barreto, Subsecretário de Saúde na época, mostra um local organizado e pronto para o atendimento.

Figura 2. Sede da 1ª Delegacia de Saúde.



Fonte: Barreto (1927).

O nome “Delegacia” vem do latim *delegatus*. Significa o local no qual atuam pessoas a quem são delegados o poder para falar em nome das entidades que representam. Embora não seja restrito a uma unidade policial, no caso específico das delegacias aqui tratadas havia relação com ações “policiais”, sugerindo um tipo de prática de controle. As atividades desenvolvidas pelas Delegacias de Saúde, portanto, tinham como objetivo fiscalizar e controlar doenças, sobretudo as infectocontagiosas. O principal papel das Delegacias era garantir que Salvador estivesse livre de surtos epidêmicos e fiscalizar para que o Código Sanitário, criado no ano de 1925, fosse cumprido.

O quadro de funcionários das Delegacias estava organizado da seguinte maneira: um Delegado, três inspetores, um Inspetor Vacinador, um Verificador de óbitos, um Escrevente Datilógrafo, um Guarda Chefe e vários guardas sanitários. Eles deveriam seguir o Código Sanitário na fiscalização e notificação dos doentes, acompanhando os enfermos quando era possível tratar em casa e, quando havia necessidade de isolamento hospitalar, encaminhá-los para o Hospital de Mont’Serrat.⁹ Além disso, os inspetores deveriam aplicar multas quando o Código não fosse seguido.

Foram criadas cinco Delegacias de Saúde e cada uma deveria atender a três Distritos Sanitários, entre os quinze existentes.¹⁰ No entanto, a organização sanitária em forma de Distritos era anterior ao surgimento delas. A Lei de nº 628 de 14 de setembro de

⁹ A depender da localização da Delegacia, o enfermo poderia ser encaminhado para o Hospital Santa Izabel.

¹⁰ A Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública apresentou no Diário Oficial do Estado a nova divisão dos Distritos Sanitários de Salvador. No documento era evidente a organização urbana/geográfica de cada um dos quinze Distritos. Ver: Bahia (1925d).

1905, que reorganizou o serviço de saúde do Estado no governo de José Marcelino de Souza (1904-1908), previa no artigo 28 da seção *Inspetorias Sanitárias* que a Capital deveria ser dividida em seis Distritos Sanitários: cinco urbanos e um suburbano (BAHIA, 1905). Cada Distrito ficaria sob a responsabilidade de um Inspetor Sanitário, que deveria fiscalizar o cumprimento das leis sanitárias, verificar casos de moléstias transmissíveis e averiguar o exercício ilegal da medicina e da farmácia.

O artigo n.º 28 da lei 628 afirmava que “em épocas anormais”, os distritos poderiam ser “subdivididos em secções, a critério do diretor do serviço sanitário, com aprovação do governo” (BAHIA, 1905). Esse artigo permitiu a criação de mais Distritos na Capital, na medida em que as necessidades foram aparecendo. Assim, a modificação da legislação sanitária ocorrida através da Lei 840 de 24 de agosto de 1910 previu, no seu artigo 5º, a possibilidade de elevar os distritos até o número de quinze (BAHIA, 1905). Este número foi ampliado, para dezesseis, com a promulgação da lei n.º 921 de 1912, ficando cada um deles a cargo de um inspetor sanitário que deveria ser médico, podendo seu auxiliar ser estudante da Faculdade de Medicina da Bahia, desde que estivesse cursando entre a 5ª e 6ª série médica (BAHIA, 1912).

Em relação à organização territorial de Salvador no período que antecedeu a gripe espanhola, Souza afirma que em 1917 a cidade foi dividida em dezessete distritos sanitários:

Moniz de Aragão achou conveniente manter o serviço de vigilância sanitária. Ficava a cargo dos inspetores sanitários a realização de várias visitas médicas aos domicílios e estabelecimentos, em especial àqueles onde existia alguma concentração de pessoas em grandes ou pequenos espaços – escolas, fábricas, asilos, quartéis, etc.. Para viabilizar os serviços dos inspetores, Salvador foi dividida em 17 distritos sanitários. (SOUZA, 2009, p. 71).

O *Diário Oficial da Bahia* de 1 de agosto de 1925 (BAHIA, 1925e), ao contabilizar a quantidade de pessoas vacinadas contra a varíola, indica um número de dezoito Inspetorias Sanitárias (Quadro 5). No mesmo ano, as inspetorias sofreram outra modificação, em virtude da criação das Delegacias de saúde. Dessa vez, houve uma diminuição de dezoito para quinze inspetorias.

Quadro 5. Lista de Inspetores, 1925.

Inspetoria	Inspetor Responsável
1ª	Menandro Meirelles Filho
2ª	Walfredo Mendonça
3ª	Pedro Ribeiro
4ª	Dionysio Pereira

5 ^a	Collatino de Borburema
6 ^a	Edgard Tourinho
7 ^a	Candido Figueiredo
8 ^a	Francisco S. Senna
9 ^a	Virgílio de Carvalho
10 ^a	Januário Telles
11 ^a	Franco Rocha
12 ^a	Oswaldo Duarte
13 ^a	Severino Pereira
14 ^a	Mario Andrea
15 ^a	Eduardo Diniz Gonçalves
16 ^a	Clínio de Jesus
17 ^a	Américo Duarte Ferreira
18 ^a	Moneiro de Almeida

Fonte: BAHIA (1925e).

As inaugurações das Delegacias de saúde ocorreram em datas diferentes: a 1^a foi inaugurada em 14 de agosto de 1925 e as demais em cinco de setembro do mesmo ano (APEB, 1925-929). Segundo Antônio Luis C. A. de Barros Barreto as Delegacias foram criadas para substituir as Inspetorias, para ele:



as Delegacias de Saúde, compreendendo cada uma três inspetorias sanitárias e que, localizadas em diversos pontos da cidade, vieram facilitar sobretudo o trabalho de profilaxia das doenças transmissíveis e de polícia sanitária, substituindo as primitivas 18 inspetorias que funcionavam simultaneamente no mesmo prédio da antiga Diretoria Geral. (BARRETO, 1927, p. 23).

De acordo a nova legislação, as Delegacias, além de atenderem a três distritos sanitários cada uma, deveriam estar espalhadas geograficamente pela cidade, de modo que os serviços por elas oferecidos pudessem acontecer de maneira mais eficaz e abrangente.

Se pensarmos que antes a estrutura estava localizada em um só lugar, podemos dizer que a rede do atendimento sanitário se diversificou. Quando existiam 18 inspetorias, todas ficavam instaladas em um mesmo prédio, dificultando o acesso da Diretoria Geral de Saúde Pública à população e da população até as inspetorias. Com as Delegacias, esses profissionais puderam ficar em locais diferentes facilitando o atendimento.

Na figura 3 podemos observar como as Delegacias de Saúde foram instaladas geograficamente em Salvador.¹¹ O quadro 6 apresenta como estavam organizados os cargos e funções das cinco Delegacias de saúde de Salvador no momento da sua criação.

¹¹ Para a construção desse mapa, seguimos as informações de Mário Augusto da Silva Santos no que diz respeito aos nomes e à quantidade de Distritos. Utilizamos como referência o mapa atual de Salvador, uma vez que as mudanças dos limites foram pequenas. Para fazermos a divisão, foi preciso analisar os endereços de cada Delegacia de Saúde e as ruas que os distritos atendiam, conforme foi publicado no

Figura 3. Espacialização das Delegacias de Saúde em Salvador.



Fonte: Santos (2018).

Quadro 6. Lista de funcionários das Delegacias de Saúde no momento da criação, 1925.

1º Delegacia						
Sede	1º Delegado	1º Inspetor	2º Inspetor	3º Inspetor	Inspetor Vacinador	Verificador de óbitos
Instituto Oswaldo Cruz - Canela	Menandro dos Reis Meirelles Filho	Eduardo Diniz Gonçalves	Walfredo de Mendonça	Francisco Vieira Campello	Fernando de Moraes Studart	Walter Pinto de Almeida
2º Delegacia						
Sede	2º Delegado	4º Inspetor	5º Inspetor	6º Inspetor	Inspetor Vacinador	Verificador de óbitos
Edifício da Assistência Pública	Dionysio da Silva Lima Pereira	Alvaro Conde Lemos	Guilherme Gama de Araújo Ramos	Virgílio de Carvalho	Raymundo Leopoldo Ribeiro da Silva	Manoel da Silva Lima Pereira
3º Delegacia						
Sede	3º Delegado	7º Inspetor	8º Inspetor	9º Inspetor	Inspetor Vacinador	Verificador de óbitos
Desinfectório	Alvaro da França	Eutychio da Paz Bahia	José Maria Monteiro de	Almir Aranha de	Edgard Frederico	Pedro de Campos

Diário Oficial. A utilização de um mapa da década de 1940 (SILVA, 1998, p. 49), também serviu como norteador para o período aqui tratado. Acreditamos que o resultado apresentado é próximo da divisão da época, uma vez que não encontramos mapas datados de 1920. Essa foi a melhor maneira que encontramos para mostrar a distribuição geográfica das Delegacias de Saúde entre os Distritos Centrais e Periféricos.

	Rocha		Almeida	Almeida Braga	Tourinho	Nogueira
4º Delegacia						
Sede	4º Delegado	10º Inspetor	11º Inspetor	12º Inspetor	Inspetor Vacinador	Verificador de óbitos
Posto Pacifico Pereira à Rua das Sete Portas	Mario Andrea dos Santos	Pedro Ribeiro Mariane Bittencourt	Oswaldo Duarte Ferreira	Euxuperio da Silva Braga	Luiz Machado	Almir de Sá Cardoso de Oliveira
5º Delegacia						
Sede	5º Delegado	13º Inspetor	14º Inspetor	15º Inspetor	Inspetor Vacinador	Verificador de óbitos
À Rua de Roma nº 294	Januário Cyrillo da Silva Telles	Clinio Antonio Zacharias de Jesus	Américo Duarte Ferreira	Raul Vasco da Gama	Flávio Ferreira Vianna Bandeira	Carlos Chiacchio

Fonte: Bahia (1925d).

A matéria do jornal *Diário de Notícias*, de 17 de janeiro de 1926 (Figura 4), fez uma rápida reflexão sobre como o Código Sanitário era utilizado na Bahia. Segundo informou, locais como cinemas e igrejas não seguiam a legislação. Ao falar das Delegacias de Saúde, o periódico tentou convencer a população da importância que tais órgãos tinham para o combate às moléstias em Salvador, na década de 1920. O artigo aparece em uma matéria de capa, com grande destaque, além de trazer a imagem dos prédios ligados à Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública.

Figura 4. Apelo ao Subsecretário.



Fonte: *Diário de Notícias*, 17 jan. 1926, p. 1.

Ao comparar o Quadro 5 que apresenta o nome dos Inspetores Sanitários em agosto de 1925, quando as Delegacias não haviam sido fundadas, com o Quadro 6 que

mostra os funcionários das Delegacias, percebemos que onze dos dezoito Inspetores continuaram no serviço sanitário. Alguns como Inspetores e outros passaram a serem delegados.

Apesar das disputas políticas, muitos que permaneceram em cargos importantes ligados à saúde pública da Bahia destacaram-se nas suas áreas de atuação. Como exemplos, podem ser citados os médicos Mario Andrea dos Santos e Menandro dos Reis Meirelles.

Mario Andrea dos Santos nasceu no Estado do Amazonas em 1884 e faleceu em 1960. Formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1910 na 96ª turma e foi Professor Catedrático dessa instituição, responsável pela cadeira de Anatomia Patológica/Histologia. Ocupou o cargo de 14ª Inspetor Sanitário e a partir de 1925 com a criação das Delegacias de Saúde tornou-se o 4º Delgado. Em 1923, publicou o livro intitulado “Patologia geral”. Segundo Christiane Maria Cruz de Souza quando a Gripe espanhola se espalhou pela Bahia ele analisou vários exames para entender melhor a doença e o que ela causava nos doentes (JACOBINA, 2013, p. 64-65).

Menandro dos Reis Meirelles Filho nasceu em Salvador em 1876 e faleceu na mesma cidade em 1947. Formou-se em Medicina pela Faculdade de medicina da Bahia, em 1898, na 82ª turma. Foi diretor interino do Hospital de isolamento de Mont’Serrat inclusive em um momento importante, durante uma das reformas. Dentre os vários cargos ligados à medicina, dirigiu a maternidade Climério de Oliveira entre os anos de 1914 e 1925 (JACOBINA, 2013, p. 32-33). Ele esteve à frente da 1ª Inspetoria e, quando as inspetorias foram extintas e surgiram as Delegacias de Saúde, tornou-se o 1º Delegado da 1ª Delegacia de Saúde.

Os médicos responsáveis pelas Delegacias escreveram relatórios periódicos nos quais abordaram os serviços realizados e as dificuldades enfrentadas. As condições de moradia da população eram referidas como um dos problemas que mais prejudicava o trabalho das Delegacias de Saúde. Por outro lado, além das condições precárias das habitações muitas delas eram sublocadas, servindo a mais de uma família, o que atrapalhava ainda mais as ações dos profissionais envolvidos.

Outros problemas eram apontados pelos delegados como merecendo atenção, a exemplo do o número insuficiente de Delegacias. Os relatórios da 5ª Delegacia de Saúde, com sede na rua de Roma, por exemplo, indicaram que a região Suburbana necessitava de mais Delegacias. O médico Januário Telles, Delegado de Saúde, fez queixas em relação à quantidade de pacientes que precisavam dos cuidados daquele órgão, o que inviabilizava o trabalho dos inspetores. No relatório enviado a Barros Barreto, Subsecretário de Saúde e

Assistência Pública, ele levantou a possibilidade de criar uma nova unidade na região suburbana, pois as que lá existiam estavam sobrecarregadas:

Insisto no alvitre que tomei a liberdade de apontar-vos no meu ultimo relatório e que seria a criação de uma Delegacia de Saúde Suburbana ou um Centro de saúde, com sede em Plataforma, e que resolveria o problema do saneamento daquela zona vastíssima e populosa, e que seria eficiente barreira e que se oporia a uma possível incursão, na Capital, de algum surto de moléstia epidêmica que por lá venha aparecer. (APEB, 1925/1929, p. 16).

É possível perceber que Januário Telles estava preocupado com a possibilidade de ocorrência de algum surto epidêmico naquela região, uma vez que as pessoas viviam em péssimas condições de higiene. Além disso, se ocorresse uma contaminação em massa, o restante da cidade também corria o risco de ser atingido. Existia uma grande preocupação em “sanear”, para não “espalhar”. Era preciso muito cuidado, pois não adiantava pôr fim ao vírus em uma determinada região e outra permanecer vulnerável. Para ele, era necessário criar uma “barreira” que impedisse a proliferação das doenças (APEB, 1925/1929).

Gilberto Hochman chama a atenção para o problema da transmissibilidade das doenças. Segundo ele, a defesa contra o contágio e a produção de condições salubres enfrentaram problemas de cooperação e de ação coletiva (HOCHMAN, 1998, p. 39). Eram questões que precisavam ser resolvidas por expor as fronteiras e, no caso aqui analisado, as fronteiras da própria cidade.

Os serviços prestados pelas Delegacias de Saúde enfrentaram sérios problemas, desde a falta de fichas para fazer a catalogação das visitas, à falta de opção de moradia para a população pobre. Segundo os Delegados, as inspeções não podiam ser rigorosas, pois as pessoas eram obrigadas a recorrer a domicílios insalubres, a exemplo daqueles localizados nos distritos da Sé e Conceição da Praia. Foi o que afirmou Mário Andrea dos Santos, da 4ª Delegacia de Saúde, no relatório enviado a Barros Barreto:

(...) esta Delegacia a que luta mais intensamente com a ignorância e deficiência de recursos, por que nela residem as classes mais pobres, sem instrução, incapazes de qualquer medida higiênica individual que se torna mais eficiente a campanha sanitária.

(...)

Não se poderá em certas zonas, exigir esgotos nem forças, por quanto a falta de coletor geral e a quase ausência d'água, que apenas dá para as necessidades orgânicas captada em poços torna impossível tais medidas.

(...)

além disto as zonas extensas onde predominam as casas sopapo, de palha, feitas até de folhas de latas velhas, de propriedade dos próprios moradores que vivem quase na indigência, mal podendo conseguir o alimento para a família. (APEB, 1925/1929, p. 13).

As reclamações e questionamentos partiam de várias regiões. Para alguns médicos, era necessário sanear primeiro a região para só então fiscalizar corretamente as habitações. Segundo relatos, era muito difícil seguir as regras relacionadas às habitações, com ruas sem esgoto, água e outros serviços essenciais para o saneamento da região. Para Mario Andrea,

(...) Só após o saneamento dos campos insalubres, que os há na 4ª Delegacia, tais como na baixa do Cabula, Retiro, Beijú, etc, com as obras de hidrografia sanitária varrendo o paludismo que mais persegue às essas zonas, é que poderá estender com maior justeza a campanha saneadora às habitações pobres. (APEB, 1925/1929, p. 23).

Atender às noções básicas de higiene na década de 1920, momento em que mudanças sanitárias estavam ocorrendo, era difícil. Um dos questionamentos dos Delegados de Saúde na ocasião das vistorias era que a maioria das casas não seguia o Código Sanitário. Ainda assim, era preciso permitir que as famílias permanecessem naqueles locais insalubres, por serem os únicos lugares que elas tinham para viver. Eles acreditavam que para “sanear” a Bahia era preciso seguir o Código Sanitário, tarefa nada fácil e nem sempre possível.

A região que compreendia a 3ª Delegacia também estava fora dos padrões de higiene. No entanto, alguns avanços foram apontados nos relatórios do delegado Álvaro da França:

O imundo beco do Mateus está hoje transformado em avenida Major Mateus e nela se vêm prédios modestos, mas perfeitamente habitados (...)

O proprietário do cinema Olympia já deu início aos melhoramentos completando a impermeabilização de todo o piso, removendo e substituindo aparelhos sanitários e etc. (...). (APEB, 1925/1929, p. 31).

Na citação, o delegado falou de alguns problemas que começaram a ser solucionados a partir das ações feitas pela Delegacia sob sua responsabilidade. Porém, mais adiante, também fez reclamações. Para ele,

Na Baixa dos sapateiros, o Mercado ali situado continua pela sua falta de higiene e imundície, um dos maiores atentados à saúde pública, por ventura observados nesta cidade e para ele peço a ação da Inspeção de

Gêneros Alimentícios tanto que comecem a funcionar os seus serviços. (APEB, 1925/1929, p. 35).

Percebemos que a ideia era criar uma rede de atendimento sanitário. As Delegacias eram responsáveis por fazer fiscalizações inclusive em locais que comercializavam alimentos. Nesse momento, o delegado acreditava que a Inspetoria responsável por alimentos deveria fazer essa fiscalização, uma vez que o mercado deveria vender exclusivamente produtos de gênero de alimentos.

O único Delegado que fez elogios às novas construções foi o médico Menandro dos Reis Meirelles Filho, responsável pela 1ª Delegacia, segundo ele:

É com a maior satisfação que observo o desenvolvimento que tem sido as novas construções no perímetro desta Delegacia, principalmente no 1º Distrito, sendo talvez no momento, onde só tenha construído maior número de habitações obedecendo as condições de higiene e de estética. (APEB, 1925/1929, p. 16).

A área citada pelo médico era a Vitória, local para onde as elites migraram e foram construir seus casarões, como já foi dito. Talvez por isso, as habitações foram elogiadas pelo delegado. A população que estava fazendo essas construções era a que tinha dinheiro e podia seguir os novos padrões exigidos naquele momento.

Apesar dos relatórios das Delegacias de Saúde apresentarem alguns avanços sobre a situação sanitária de Salvador, essa mesma documentação apontou falhas e lacunas existentes pois uma grande parcela da população ainda permanecia fora do “modelo” de higiene, o que dificultava o trabalho dos agentes responsáveis.

Durante os anos de funcionamento desses órgãos foi feita a fiscalização nos estabelecimentos residenciais e comerciais de Salvador, embora não seja possível afirmar a abrangência dessa atividade. Fiscalizar apenas não poderia resolver o problema mesmo porque as antigas Inspetorias já faziam esse trabalho.

Os funcionários das delegacias, por sua vez, queixavam-se da sobrecarga de trabalho e diziam não conseguir cumprir as normas e regras como deveriam. A legislação era explícita, no entanto, a melhoria das condições sanitárias e de saúde da população requeria mudanças nas condições de habitação, de alimentação e de questões ligadas às condições de vida e de trabalho que só seriam alcançadas mediante interferência governamental através de políticas sociais.

Talvez por isso, em 1930, quando os Inspectores da 4ª Delegacia de Saúde fizeram o trabalho de fiscalização habitacional ainda encontraram um grande número de residências apresentando antigos problemas de higiene. Muitas delas eram cobertas com palhas, sem

reboco nas paredes e de chão batido (Quadro 7). Vale lembrar que nesse período já haviam passados cinco anos da promulgação do Código Sanitário e nove dos primeiros acordos com o Governo Federal.

Quadro 7. Tipos de cobertura nas residências da região suburbana em 1930.

REGIÃO	TIPO DE COBERTURA				TOTAL DE RESIDÊNCIAS
	TELHA		PALHA		
	Quant.	%	Quant.	%	
Água Comprida	39	42	53	58	92
Muriqueira	19	17	90	83	109
Periperi	320	63	189	37	509
Praia Grande e Enseada	147	98	3	2	150

Fonte: APEB (1925/1929).

Com base nas informações do quadro 3, podemos perceber que em duas localidades (Água Comprida e Muriqueira) a maioria das casas eram cobertas de palha. Em Praia Grande e Enseada, houve o maior número de casas com telhado. Apenas 2% delas não possuíam esse tipo de cobertura. Mesmo em Periperi, onde 320 das 509 casas fiscalizadas possuíam cobertura de telha, o número das que não tinham era expressivo, pois 37% do total de casas verificadas ainda eram cobertas com palhas.

Em 1927, as Delegacias de Saúde passaram a denominar-se Centros de Saúde, através da lei nº 1.993 de 20 de julho de 1927, que transformou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública em Secretaria de Saúde e Assistência Pública.¹² Segundo o artigo 3º desta lei, os dispositivos do Código Sanitário relativos às Delegacias seriam aplicados aos Centros (BAHIA, 1927). No entanto, embora tenha havido essa mudança no texto da lei, elas continuaram sendo referidas como Delegacias, porém em processo de transição que se iniciou em 1928 e foi até 1930. No relatório de 1930, Barros Barreto falou dessa mudança e chamou as Delegacias de saúde de primitivas para justificar a mudança para Centros de Saúde. Para ele:

Até o presente apenas duas das primitivas Delegacias a título de ensaio, foram transformadas em Centros de Saúde. Os benefícios consequentes a essa experiência, pelas facilidades proporcionadas á difusão dos preceitos de higiene individual e coletiva, as oportunidades de favorecer a população pobre da Cidade, assistência médica e dentária principalmente no que se refere ao tratamento da sífilis e doenças venéreas, verminoses,

¹² Cabe ressaltar que em 1927 já funcionava um Centro de Saúde junto ao Hospital de Isolamento de Mont'Serrat. Ver: APEB (1927/1929).

paludismo, consultas de higiene infantil e maternal, de otorrinolaringologia, exames gratuitos dos tuberculosos, etc. autoriza-nos a preconizar, após dois anos de funcionamento, a metamorfose das atuais Delegacias em centros de saúde, onde sejam executados os seguintes serviços: educação sanitária, polícia das habitações, inspeção de empregados domésticos, epidemiologia e profilaxia das doenças de notificação compulsória, higiene pré-natal, infantil e mental, imunização preventiva (anti-variólica, anti-typhica, anti-meningítica e etc), tratamento da sífilis, doenças venéreas, paludismo e verminoses, exames para diagnóstico da tuberculose, assistência dentária e consultas de afecções de garganta, nariz e ouvidos.

Com esse objetivo diligencia esta Secretaria no sentido de adaptar as 2ª, 3ª e 4ª Delegacias (...) em *Centros de Saúde*. (BARRETO, 1930, p. 23).

Os dois centros que já estavam instalados em 1929 eram o 1º Centro de Saúde, localizado na Calçada, oriundo da 1ª Delegacia de saúde que funcionava no bairro do Canela, no distrito de Vitória, e o 2º Centro de Saúde que funcionava no Hospital de isolamento de Mont'Serrat. Naquele momento, deixou de existir a 5ª Delegacia de saúde, situada na Rua de Roma.

As Delegacias de Saúde foram importantes apesar do pouco tempo de existência. Quando foram implantadas, elas ampliaram os serviços das Inspetorias e ao serem instaladas em diferentes pontos da cidade permitiram um maior acesso da população necessitada, chegando a lugares distantes onde antes não havia serviços sanitários.

Em 1931, a lei 7.337 de 27 de março estabeleceu que os serviços de saúde em Salvador seriam prestados a partir de três Centros Sanitários e cada um deles abrangeria quatro distritos sanitários. Assim foram extintas as Delegacias de Saúde que ainda funcionavam (BAHIA, 1931).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos observar o papel das Delegacias de Saúde, no processo de constituição da reforma sanitária da década de 1920, na Bahia. Ao surgirem em 1925, as Delegacias de Saúde, através dos seus médicos/delegados e inspetores, eram encarregadas de fiscalizar e punir. Elas seguiram o modelo Federal de reforma sanitária, pois junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foram criadas 10 (dez) delegacias cujo objetivo era a fiscalização e para a profilaxia.

Apesar do pouco tempo de existência, as Delegacias ampliaram as ações das Inspetorias e, ao serem instaladas em diferentes pontos da cidade de Salvador, permitiram maior acesso da população necessitada, chegando a lugares distantes onde antes não havia serviços de saúde.

As ações desenvolvidas pelas Delegacias de Saúde, por sua vez, não foram isoladas. O que ocorreu foi a tentativa de criação de uma rede de atendimento, vinculado à Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública e que tinha como base o Código Sanitário.

Foi possível observar, em alguns momentos, através dos relatórios dos médicos e inspetores, que eles consideravam que muitas doenças eram contraídas por causa das precárias condições de vida da população. Assim, não bastava fiscalizar e punir. As mudanças urbanas que ocorreram durante o período analisado não foram suficientes para garantir moradia de qualidade, água potável, saneamento básico e boa alimentação, questões essenciais para a saúde da população. Os problemas existentes eram decorrentes das sociedades excludentes e desiguais, atingindo especialmente as pessoas pobres e negras. Foram estas que mais necessitaram de atendimento, pois a elite quase nunca o utilizou.

Podemos dizer que a década de 1920 foi um momento significativo na história da saúde na Bahia. A Reforma Sanitária empreendida nesses anos, apesar de suas limitações, trouxe mudanças, pois os serviços aumentaram e se diversificaram. Para concluir, espera-se que a pesquisa realizada aqui abra pistas para a ampliação do conhecimento sobre a Reforma Sanitária na Bahia.



www.revistafenix.pro.br

REFERÊNCIAS

APEB. **Acordo firmado entre o governo do estado e a União para os serviços de profilaxia da tuberculose e higiene infantil.** Caixa 4062, maço 81, ano 1929.

APEB. **Portarias ao Sub-Secretario de Saúde e Assistência Pública.** Caixa 4022, maço 06, ano 1927.

APEB. **Relatório de todos os dados ocorridos na 4ª Delegacia de Saúde.** Caixa 4059, maço 75, ano 1930.

APEB. **Relatórios dos trabalhos executados na 1ª, 3ª, 4ª e 5ª Delegacia de Saúde.** Caixa 4026, maço 14, ano 1925/1929.

APEB. **Relatórios dos trabalhos realizados das ocorrências na 1ª Delegacia de Saúde.** Caixa 4059, maço 75, ano 1930.

BAHIA. Assembleia Geral Legislativa. **Mensagem.** João Ferreira de Araújo Pinho. Salvador, 1909.

BAHIA. Assembleia Geral Legislativa. **Mensagem.** José Joaquim Seabra. Salvador, 1913.

BAHIA. Assembleia Geral Legislativa. **Mensagem.** José Joaquim Seabra. Salvador, 1916.

BAHIA. Assembleia Geral Legislativa. **Mensagem.** Luiz Viana, 1900.

BAHIA. Assembleia Geral Legislativa. **Mensagem.** Luiz Viana. Salvador, 1898.

- BAHIA. **Constituição e Leis do Estado da Bahia, Lei nº213, de 23 de agosto de 1897.** 1897.
- BAHIA. **Decreto 4.144, de 20 de Novembro de 1925.** Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1925a.
- BAHIA. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, domingo, 30 de agosto de 1925. Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1925d.
- BAHIA. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, sábado, 1 de agosto de 1925. Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1925e.
- BAHIA. **Lei 1.811, de 19 de Julho de 1925. Cria a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública**, Salvador, 1925b.
- BAHIA. **Lei 1.993, de 20 de Julho de 1927. Cria a Secretaria de Saúde e assistência Pública em substituição a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública**, Salvador, 1927.
- BAHIA. **Lei 628, de 14 de setembro de 1905. Reorganiza o serviço sanitário do Estado.** Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1905.
- BAHIA. **Lei 7.337 de 27 de março de 1931. Reorganiza os atuais serviços de saúde pública e modifica a legislação sanitária em vigor.** 1931.
- BAHIA. **Lei 921 de 29 de novembro de 1912. Manda adaptar como lei sanitária do Estado a Organização do Serviço Geral da Saúde Pública, editada pelo decreto 1.105 de 15 de julho do corrente ano.** Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1912.
- BAHIA. **Lei 921 de 29 de novembro de 1912. Manda adaptar como lei sanitária do Estado a Organização do Serviço Geral da Saúde Pública, editada pelo decreto 1.105 de 15 de julho do corrente ano.** Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1912.
- BAHIA. **Lei n. 840 de 24 de agosto de 1910. Modifica a lei n. 628 de 14 de setembro de 1905, relativa ao serviço sanitário Estadual.** 1910.
- BARRETO, Antônio Luis C. A. de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1926.** Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1927.
- BARRETO, Antônio Luis C. A. de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1926.** Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1927.
- BARRETO, Antônio Luis C. A. de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1927.** Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1928.
- BARRETO, Antônio Luis C. A. de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1928.** Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1929.
- BARRETO, Antônio Luis C. A. de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1929.** Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1930.
- BATISTA, Ricardo dos Santos. A formação inicial de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto: uma trajetória rumo à saúde internacional. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-822, jul-set. 2019a.
- BATISTA, Ricardo dos Santos. De Baltimore às “Lavras Diamantinas”: internacionalização/interiorização da saúde na Bahia (1920-1930). **Tempo**, Niterói, v. 26, n. 2, p. 430-453, mai.-ago., 2020.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, out.-dez. 2019b.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Sífilis e Reforma na Bahia (1920-1945)**. Salvador: Eduneb, 2017.

BATISTA, Ricardo dos Santos; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 40, n. 84, p. 1-25, mai.-ago., 2020.

BRASIL. **Decreto n. 3.987 – de 2 de janeiro de 1920: Reorganiza os serviços da Saúde Pública**. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173>. Acesso em: 3 out. 2015. 1920a.

BRASIL. **Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil**. Ano LIX – 32 da República, n. 215. Quinta-feira, 16 de setembro de 1920b.

CARVALHO, Carlos Alberto de. A Locomoção da cidade através dos tempos. **Revista do IGHB (66)**, Salvador, p. 77-108. 1940.

CASTELLUCCI, Aldrin, Armstrong. **Industriais e operários baianos numa conjuntura de crise (1914-1921)**. Salvador: Fieb, 2004.

CHAVES, Cleide de Lima; AMORIM, Tatiane Pereira. A peste bubônica nos sertões da Bahia: política e cotidiano no raiar do século XX. In: SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da; BATISTA, Ricardo dos Santos (organizadores). **História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições**. Salvador: EDUNEB, 2018.

DIÁRIO DA BAHIA, Salvador, 28 mar. 1906, p. 1. Biblioteca Pública do Estado da Bahia.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS, Salvador, 17 jan. 1926. Biblioteca Pública do Estado da Bahia.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde no Brasil**. São Paulo: Editora HUCITEC. 1998.

IBGE. **Censo demográfico**. Ministério da Agricultura, Indústria e comércio Diretoria Geral de Estatística. Volume IV, Tomo I. 1920.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos Servidores e o protagonismo dos Estudantes da FAMEB**. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013. 3 v.

LEITE, Rinaldo Cesar Nascimento. **E a Bahia civiliza-se...** Ideais de civilização e cenas de anti-civilidade em um contexto de modernização urbana Salvador. 1912 – 1916. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1996.

PONTES, Adriano Arruda. **Caçando mosquitos na Bahia, a Rockefeller e o combate à febre amarela: inserção, ação e reação popular (1918-1940)**. Dissertação de mestrado em História. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

QUATRO SÉCULOS DE HISTÓRIA DA BAHIA. Álbum comemorativo do 4º Centenário. In: Revista Fiscal da Bahia 74-78. 1949, p. 209.

REVEL, Jacques e PETER, Jean-Pierre. O Corpo o homem doente e sua história. In: Le Goff, Jacques e Nora, Pierre. **História: novos objetos** 3. ed. Trad. Terezinha Marinho. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (1923-1935)**. 151p. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2011.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SAMPAIO, Consuelo Novais. **Os partidos políticos da Bahia na Primeira República: uma política de acomodação**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 1998.

SAMPAIO, Consuelo Novais. **Poder & Representação**. O legislativo da Bahia na Segunda República 1930-1937. Salvador: Assembléia Legislativa, Assessoria e Comunicação Social, 1992.

SANTOS, Chacauana Araújo dos. **“Medidas sanitárias de que a Bahia precisa”**: as Delegacias de Saúde, o Hospital de Isolamento e a Reforma Sanitária em Salvador (1921-1930). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Estado da Bahia, 2018.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v 28, n. 2, p 193 – 210, 1985.

SANTOS, Mário Augusto da Silva. Crescimento urbano e habitação em Salvador (1980 – 1940). **Rua, Revista de Arquitetura e Urbanismo**, Salvador, v. 3 (4/5). p. 20-29, jun./dez. 1990.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. **Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República**: ensaio de Sociologia histórica. In ARMUS, Diego. HOCHMAN, Gilberto. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da Silva. **Do “Centro” para o “Mundo”**: A trajetória do Médico José Silveira na Luta contra a Tuberculose. (Doutorado em História). Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2009.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. **Entre Trilhos, Andaimos e Cilindros**: acidentes de trabalho em Salvador (1934-1944). (Mestrado em História). Universidade Federal da Bahia, 1998.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. O Dispensário Ramiro Azevedo e a Constituição de políticas de enfrentamento da tuberculose na Bahia na década de 1920. In: SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da; BATISTA, Ricardo dos Santos (Orgs.). **História e Saúde**: políticas, assistência, doenças e instituições. Salvador: EDUNEB, 2018.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

UZEDA, Jorge Almeida. **A morte vigiada**: a cidade do Salvador e a prática da medicina urbana (1890-1930). Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 1992.

RECEBIDO EM: 14/06/2021 PARECER DADO EM: 31/08/2021